

*На правах рукописи*

**ТЮТЕВ**  
**Роман Анатольевич**

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО  
И НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ,  
СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА  
И ОЖИРЕНИЕМ (КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ  
И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ)**

**14.01.06-«Психиатрия»**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

**д и с с е р т а ц и и  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Томск**

**2012**

Работа выполнена на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО Сибирского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Томск).

**Научный руководитель:**

д-р мед. наук, профессор

***Балашов Петр Прокопьевич***

**Официальные оппоненты:**

д-р мед. наук, профессор

ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

***Куприянова Ирина Евгеньевна***

д-р мед. наук, профессор

ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

***Салмина-Хвостова Ольга Ивановна***


Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Защита состоится 28 марта 2012 г. в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 24 февраля 2012 г.

Ученый секретарь совета по защите  
докторских и кандидатских  
диссертаций Д 001.030.01  
кандидат медицинских наук

 **О. Э. Перчаткина**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Аффективные и невротические расстройства являются на данный момент одними из наиболее распространенных в психиатрической и психотерапевтической практике. До 20–25 % женщин и 7–12 % мужчин хотя бы 1 раз в жизни перенесли депрессивный эпизод, а 3–4 % всего населения планеты страдает рецидивирующей депрессией (Смулевич А. Б., 2001; Бобров А. С., 2001; Александровский Ю. А., 2007; Семке В. Я., 2009; Краснов В. Н., 2010).

Особую озабоченность вызывает тот факт, что аффективные (в первую очередь депрессивные) и невротические расстройства часто протекают у пациентов в сочетании с соматическими заболеваниями. По данным исследования КОМПАС, расстройства депрессивного спектра встречались более чем у 35 % больных сахарным диабетом второго типа (СД II типа) (Оганов Р. Г., Ольбинская Л. И., Смулевич А. Б., Дробижев М. Ю., Шальнова С. А., Погосова Г. В., 2004).

Наиболее актуальной представляется проблема ассоциированного течения депрессивных и невротических нарушений с СД II типа и ожирением (Наумчик Л. М., 1998; Гинзбург М. М., 1999; Ротов А. В., Марков А. А., 2003; Александров А. А., 2004; Бобровский А. В., 2006; Тукаев Р. Д., 2003, 2007; Ксавье Писаньер Ф., Бекер Д. М., Арон Л. Д., 2010 и др.). Особое значение имеет вопрос терапии пациентов с сочетанным течением ожирения, СД II типа и расстройств аффективного и/или невротического спектра. Параллельно с фармакологическими методами лечения данных расстройств и заболеваний активно развиваются нефармакологические подходы к терапии. В последнее десятилетие широко применяются методы психотерапии, направленные на снижение избыточного веса. В настоящее время существует несколько психотерапевтических подходов, направленных на коррекцию пищевого поведения и снижение веса (Ротов А. В., 2003; Бобровский А. В., 2006; Купер З., Фейрберн К. Дж., Хукер Д. М., 2011). Однако пока не существует исследований, которые описывали бы результаты снижения веса с помощью психотерапевтических подходов в группе пациентов с СД II типа и их влияние на динамику аффективных (в первую очередь депрессивных) и невротических расстройств.

**Цель исследования:** дать клинико-динамическую характеристику психопатологических проявлений расстройств аффективного и невротического спектра у больных сахарным диабетом второго типа и ожирением, разработать программу мультимодальной психотерапии и определить прогностические критерии её эффективности.

### Задачи исследования:

1. Изучить клиническую структуру психопатологических проявлений расстройств аффективного и невротического спектра у больных СД II типа и ожирением.
2. Дать описание психологического профиля, биохимических и антропометрических показателей больных изучаемой группы
3. Разработать принципы и методы реабилитации данных пациентов с использованием программы мультимодальной психотерапии по снижению избыточного веса.
4. Изучить клиническую динамику психопатологических проявлений расстройств аффективного и невротического спектра у пациентов после применения мультимодальной психотерапии.
5. Оценить эффективность предложенных мероприятий и катамнез пациентов после применения мультимодальной психотерапии.

### Положения, выносимые на защиту:

1. Изучение структуры психических расстройств у пациентов с избыточной массой тела и сахарным диабетом II типа показывает высокий уровень расстройств аффективного и невротического спектра.
2. Подходы мультимодальной психотерапии могут быть использованы как для лечения аффективных, невротических расстройств и преневротических состояний, так и в терапии сопутствующих заболеваний (СД II типа и ожирение) у одних и тех же групп пациентов.
3. Когнитивная модель А. Эллиса ABC позволяет определить закономерности формирования психотерапевтических эффектов в отношении симптомов аффективных и невротических расстройств, а также описывает принципы необходимого стабильного пищевого поведения пациентов с сахарным диабетом II типа и ожирением в период нормализации массы тела.
4. Наличие расстройств аффективного или невротического спектра не влияет на формирование ремиссии коморбидного заболевания (уменьшение уровня сахара крови при СД II типа

и темпы снижения веса) при использовании мультимодального психотерапевтического подхода.

**Научная новизна.** Впервые изучены клиническая структура и динамика расстройств аффективного и невротического спектров и преневротических состояний у пациентов с СД II типа и ожирением. Произведена оценка эффективности мультимодальной психотерапии у пациентов с расстройствами аффективного и невротического спектра и СД II типа, страдающих ожирением. Впервые оценены результаты данного вида психотерапии в отношении динамики изучаемых психических расстройств, а также влияние аффективных и невротических расстройств на редукцию симптомов СД II типа и массу тела. На основе мультимодальной психотерапии представлена когнитивно-поведенческая модель патопсихологической взаимосвязи между психологическими эффектами снижения веса и выраженностью симптомов тревоги и депрессии у пациентов с СД II типа и ожирением. Описанная теоретическая когнитивно-поведенческая модель позволяет понимать психологические и поведенческие механизмы, лежащие в основе формирования стабильного поведения у пациентов в процессе психотерапии, влияющие на состояние психического здоровья и клиническую динамику аффективных и невротических расстройств в ходе снижения веса.

**Практическая значимость.** Результаты проведенного исследования могут быть использованы врачами-психиатрами, психотерапевтами, эндокринологами в подготовке и реализации комплексных программ, направленных на организацию медицинской и психотерапевтической помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами аффективного и невротического спектра в сочетании с сахарным диабетом II типа и ожирением.

**Внедрение результатов в практику.** Разработанная и апробированная программа внедрена в клиническую практику сотрудников кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, клиник ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, НМУ «Лечебно-диагностический центр» в г. Томске; ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Международного медико-психологического объединения «Доктор Борменталь».

**Апробация работы.** Основные результаты исследования были представлены на научно-практической конференции молодых ученых «Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения» (Томск, 2010); научно-практической конференции «Психическое здоровье населения

Сибири и Дальнего Востока. IV Яцковские чтения» (Владивосток, 2010); на XV съезде психиатров России (Москва, 2010); 18-м Европейском конгрессе по ожирению (18<sup>th</sup> European Congress on Obesity) (Стамбул, Турция, 2011).

**Публикации.** По материалам диссертации опубликовано 12 печатных работ, из них в журналах, рекомендованных ВАК РФ – 4.

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 172 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций. Работа проиллюстрирована 24 таблицами и 29 рисунками. Библиографический указатель включает 189 наименований, из которых 117 отечественных и 72 иностранных источников.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве объекта исследования было отобрано 126 пациентов с СД II типа в сочетании с избыточным весом или ожирением, проходивших психотерапевтический курс коррекции избыточного веса на базе Томского и Новокузнецкого филиалов Международного медико-психологического центра «Доктор Борменталь».

**Критерии включения** пациентов в исследование: наличие избыточного веса или ожирения, выставленный ранее и подтвержденный лабораторно диагноз СД II типа или нарушения толерантности к глюкозе, участие пациента в программе психотерапевтической коррекции избыточного веса. **Критерии исключения:** инсулинпотребный СД, прием антидепрессантов (кроме пациентов с тяжестью депрессивного эпизода больше легкой) или транквилизаторов, наличие других психических расстройств, беременность или период кормления грудью, декомпенсированное течение сердечно-сосудистых заболеваний, срок менее 6 месяцев после проведенных оперативных вмешательств или травм, онкологические заболевания.

В основную группу (пациенты с наличием аффективных и невротических расстройств) вошли 57 чел. (45,24 %). Дополнительно выделена группа пациентов с преневротическими состояниями на основании анамнеза, жалоб и клинического интервью, данных шкалы предварительной оценки психического состояния, а также полученных высоких нормальных значений шкал CES-D и Спилбергера–Ханина. В преневротическую группу пациентов вошли 44 чел. (34,92 %). 25 психически здоровых (19,84 %) составили контрольную группу.

Средний возраст пациентов в основной группе составил 56,9±9,2 года, в преневротической – 59,1±10,8 года, в контрольной – 58,0±8,7 года. Распределение по полу: из 126 обследованных оказалось 9 мужчин (7,0 %) и 115 (93 %) женщин. Такое распределение обследуемых по полу обусловлено тем, что услуга психотерапевтической коррекции избыточного веса пользуется популярностью и гораздо более распространена среди женщин, чем у мужчин. В основную группу вошли 4 мужчины и 53 женщины, в преневротическую группу – 3 мужчины и 41 женщина.

Группа обследованных (n=126) характеризовалась высоким образовательным уровнем: 3 чел. (2,4 %) имели среднее общее образование, 60 чел. (47,6 %) – среднее специальное, 63 чел. (50 %) – высшее. Анализ показывает, что СД II типа и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) более распространены среди пациентов со средне-специальным или высшим образованием. Именно эти пациенты чаще обращаются за психотерапевтической помощью, в том числе в плане коррекции избыточного веса.

Распределение по семейному положению оказалось следующим: 81 пациент (64,3 %) оказались женаты (замужем), 9 чел. (7,1 %) замужем (женаты) никогда не были, 15 чел. (11,9 %) состояли в разводе, 21 чел. (16,7 %) были вдовами (вдовцами). В преневротической группе оказался существенно выше (15,9 %) уровень пациентов, которые находятся в разводе по сравнению с контрольной (8,0 %) и основной (10,5 %) группами. В основной группе выше (10,5 %) уровень пациентов, никогда не состоявших в браке, и существенно ниже уровень пациентов, у которых умер супруг (супруга).

По возрасту начала эндокринологического заболевания пациенты распределились следующим образом: 31—35 лет – 18 чел. (14,3 %), 36—40 лет – 13 чел. (10,3 %), 41—45 лет – 23 чел. (18,3 %), 46—50 лет – 12 чел. (9,5 %), 51—55 лет – 30 чел. (23,8 %), 56—60 лет – 24 чел. (19 %), 61—65 лет – 6 чел. (4,9 %).

В ходе работы обследование пациентов проводилось 3 раза: перед началом психотерапевтической программы снижения избыточного веса, через месяц после начала психотерапии, через 3 месяца после ее начала. Катамнез оценивался спустя 1 год и более.

Комплексное исследование включало собеседование и клиническое интервью, заполнение специальной карты обследования, заполнение психометрических шкал (шкала предварительной оценки психического здоровья, шкала Центра эпидемиоло-

гических исследований депрессии CES-D, шкала Спилбергер-Ханина), лабораторные анализы (гликемия натощак, общий холестерин, липопротеиды высокой плотности, коэффициент атерогенности) и оценку антропометрических показателей (масса тела, индекс массы тела). Степень ожирения рассчитывалась по индексу массы тела (ИМТ):

$$ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$$

Показатели данного индекса классифицируют массу тела по следующим категориям: менее 18,5 – недостаток массы тела; 18,5—24,9 – нормальный (идеальный) вес; 25—29,9 – избыточный вес (предожирение); 30—34,9 – ожирение I степени (умеренное); 35—39,9 – ожирение II степени (тяжелое); более 40 – ожирение III степени (патологическое).

Анализ и обработка результатов исследования проводились общепринятыми методами вариационной статистики с вычислением средней арифметической и среднеквадратичного отклонения на персональном компьютере «Intel core 2» с использованием стандартного пакета программ «Microsoft Office Excel 2007» и «Statistica 7.0». Достоверность различий средних оценивали по t-критерию Стьюдента.

В целом программа снижения веса представляет собой комплексную интегративную методику, включающую большое количество различных психотерапевтических подходов. Базовым является когнитивно-поведенческий подход, направленный на коррекцию пищевого поведения. Вспомогательными являются суггестивный (эриксоновский гипноз), психодинамический, трансперсональный подходы, а также элементы нейролингвистического программирования, гештальттерапии, семейного структурированного подхода и др.

Собственно психотерапевтическая методика снижения избыточного веса представляет собой запатентованный метод снижения веса (Гаврилов М. А., Бобровский А. В. Патент 2198000 от 13.06.2001). Данный метод предполагает групповые занятия общей продолжительностью 20 часов, состоящие из 5 встреч по 4 часа в течение 1 месяца с возможностью дальнейших встреч (при необходимости, по запросу пациента) в течение всего срока снижения веса.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психические расстройства (аффективные и невротические) были диагностированы у 57 чел., что составило 45,24 % от общего числа обследованных (n=126). Пациенты с диагностированными расстройствами составили основную исследовательскую группу. Общее количество пациентов с депрессивными расстройствами в основной группе составило 41 чел. из 57 с психическими расстройствами (71,93 %). Соответственно количество пациентов с тревожными расстройствами составило 16 чел. (28,07 %). Основная группа по нозологическому признаку была разделена на 2 подгруппы: подгруппа 1 (аффективная, депрессивная) и подгруппа 2 (невротическая, тревожная). В подгруппе пациентов с расстройствами депрессивного спектра наблюдалось следующее распределение по видам расстройств: депрессивный эпизод легкой степени (F32.0) был диагностирован у 13 чел., средней степени (F32.1) – у 6 чел. Пациентов с тяжелыми депрессивными эпизодами не было. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени (F33.0) было диагностировано у 10 чел., средней степени (F33.1) – у 3 чел. Дистимия (F34.1) была диагностирована у 7 чел., циклотимия (F34.0) – у 2. Пациенты с циклотимией, хотя и относящейся к хроническим расстройствам настроения без выраженной клинической картины, также были включены в основную группу.

Пациенты с невротическими расстройствами распределились по нозологическому признаку следующим образом: агорафобия (F40.0) – 3 чел., социальная фобия (F40.1) – 1 чел., изолированные фобии (F40.2) – 1 чел., эпизодическая пароксизмальная тревожность (F41.0) – 4 чел., генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – 2 чел., смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 3 чел. Также в эту подгруппу вошли пациенты с расстройствами адаптации (F43.2), в клинической картине которых преобладали симптомы напряжения, тревоги, сниженного настроения и социальной дезадаптации.

Дополнительно была выделена группа пациентов с донозологическими психоадаптационно-психодезадаптационными формами психических расстройств (ПАС-ПДАС) (Семке В. Я., 2003). В нее вошли пациенты с высокими средними показателями патопсихологических шкал (35—45 баллов по шкале Спилбергера-Ханина, 12—19 баллов по шкале CES-D) и специфические клинические признаки. Таковых оказалось 44 чел. из 126 (34,92 %).

Обнаруженные состояния психической дезадаптации проявлялись общей слабостью, эмоциональной или вегетативной лабильностью, повышенной утомляемостью, рудиментарностью и обратимостью данных проявлений. Описываемый симптомокомплекс характеризовался полиморфизмом, в структуре преневротических нарушений преобладали астенический и соматовегетативный варианты течения. Данная группа пациентов являлась «промежуточной» между основной, представленной пациентами с более выраженными аффективными или невротическими расстройствами, и контрольной группами. Подробно клиническая структура представлена в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

**Клиническая структура исследуемых групп пациентов**

Группа		Расстройство	Группа (к-во человек)			
			абс.	%	абс.	%
Основная группа	Аффективная подгруппа	Депрессивный эпизод легкой степени (F32.0)	13	10,31	41	32,54
		Депрессивный эпизод средней степени (F32.1)	6	4,76		
		Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени (F33.0)	10	7,94		
		Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени (F33.1)	3	2,38		
		Дистимия (F34.1)	7	5,56		
		Циклотимия (F34.0)	2	1,59		
	Невротическая подгруппа	Агорафобия (F40.0)	3	2,38	16	12,7
		Социальная фобия (F40.1)	1	0,79		
		Изолированные фобии (F40.2)	1	0,79		
		Эпизодическая пароксизмальная тревожность (F41.0)	4	3,18		
		Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	2	1,59		
		Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)	3	2,38		
		Расстройства адаптации (F43.2)	2	1,59		
		Преневротическая группа	Астенический вариант	18	14,29	44
	Соматовегетативный вариант		17	13,49	25	19,84
	Дистимический вариант		9	7,14		
Контр. группа		25	19,84	25	19,84	
Итого			126	100%		100%

Таким образом, из 126 обследованных в общей сложности 101 пациент (80,16 %) имели симптомы аффективных, невротических расстройств и преневротических состояний.

Основной характеристикой пациентов с аффективными расстройствами являлось выраженное снижение настроения. Также

наблюдались такие типичные для депрессии симптомы, как снижение или отсутствие удовольствия от привычных, интересных ранее дел и действий. Пациенты жаловались на апатию, нежелание заниматься привычными делами или, наоборот, перегруженность, ощущение, что они не справляются с привычным уровнем деятельности и повседневными обязанностями.

Пациенты с невротическими расстройствами представляли собой разнородную группу, общим компонентом в клинической картине заболевания было наличие тревоги или страха, возникающего в определённой ситуации. В структуре личностей пациентов с тревожно-фобическими расстройствами отмечались застенчивость, мнительность, эмоциональность, робость. Отдельно рассматривалась группа пациентов с преневротическим уровнем нарушений. Изучаемые состояния психической дезадаптации проявлялись симптомами общей слабости, эмоциональной или вегетативной лабильностью, повышенной утомляемостью. Описываемый симптомокомплекс характеризовался полиморфизмом, рудиментарностью и обратимостью данных признаков.

Один из вопросов клинической карты обследования был посвящен предполагаемому сроку возникновения расстройства. В основной группе начало тревожных или депрессивных расстройств отмечалось: до 1 года назад – у 21 чел. (36,84 %), 1—5 лет назад – у 21 чел. (36,84 %), 6—10 лет назад – у 6 чел. (10,53 %), 11—15 лет назад – у 4 чел. (7,02 %), 16—20 лет назад – у 2 чел. (3,51 %), более 20 лет назад – у 3 чел. (5,26 %).

Анализ возраста начала психических расстройств показывает, что в целом в группе наблюдались два пика – 36—45 лет и 56—60 лет. Пациенты других возрастных групп встречались реже. Начало тревожных расстройств более характерно для среднего возраста (36—45 лет), связанного с активной фазой трудовой деятельности, построением профессиональной карьеры, воспитанием детей. Для начала депрессивных расстройств также характерен данный возраст, но еще чаще депрессия начинается в зрелом возрасте – 56—60 лет. Вероятно, это связано с психологическими факторами (снижение трудовой активности, выход на пенсию, создание детьми собственных семей и отдаление от родителей) и с биологическими и медицинскими особенностями данного периода (климакс у женщин, манифестация СД II типа, отягощенность соматическими заболеваниями).

Проанализирована обращаемость пациентов за психолого-психиатрической помощью ранее. Из всех пациентов с наличием аффективных и невротических расстройств ( $n=57$ ) только 15 чел. (26,31 %) ранее обращались к специалистам по охране психического здоровья (12 чел. – к психиатрам, 3 – к психотерапевтам) за помощью по поводу данного расстройства. Из них 10 чел. (17,54 %) состоят на учете в психоневрологическом диспансере, 3 чел. (5,26 %) были госпитализированы ранее в психиатрический стационар. При анализе данных обнаружено, что пациенты с тревожными расстройствами в среднем в 1,5—2 раза чаще обращаются за профессиональной психолого-психиатрической помощью, чем пациенты со сниженным настроением.

В основной группе ( $n=57$ ) наблюдался более высокий уровень предыдущих госпитализаций в эндокринологические стационары (26,3 %) по сравнению с преневротической (44 – 9,1 %) и контрольной (25 – 8,0 %) группами. Возможно, здесь имеет место своего рода «перераспределение» пациентов, когда люди по различным причинам (неосведомленность, страх перед психиатрами, привычка, ипохондрические проявления) обращаются за помощью не к специалистам по охране психического здоровья, а к специалистам терапевтического профиля. В основной группе также существенно выше оказался уровень сосудистых осложнений (42,1 % против 26,1 % в контрольной), что может свидетельствовать о негативном влиянии психических расстройств на течение соматического заболевания.

В психологическом профиле пациентов с СД II типа и ожирением преобладали такие черты, как перфекционизм, алекситимия и гиперконтроль в ответ на чувство тревоги.

Начальные антропометрические и биохимические данные по всем исследуемым подгруппам представлены в таблице 2, начальные данные психометрических шкал приведены в таблице 3.

Средний вес исследуемых на момент начала снижения веса составил  $105,12 \pm 9,03$  кг при среднем индексе массы тела  $38,76 \pm 3,12$ . Показатели шкалы CES-D составили на момент начала исследования в данной подгруппе  $21,8 \pm 3,8$  балла, показатели шкалы Спилбергера–Ханина – РТ:  $40,75 \pm 10,2$  балла (средний уровень реактивной тревожности), ЛТ:  $49,5 \pm 6,1$  балла (высокий уровень личностной тревожности). Лабораторные показатели выглядели следующим образом: уровень сахара крови –  $6,23 \pm 2,41$  ммоль/л, общий холестерин –  $5,61 \pm 1,72$  ммоль/л, липопротеиды высокой плотности –  $1,3 \pm 0,68$  ммоль/л, триглицериды –  $1,69 \pm 0,34$  ммоль/л, коэффициент атерогенности –  $3,31 \pm 1,12$ .

**Таблица 2**  
**Характеристика антропометрических и лабораторных показателей на начало исследования (n=126)**

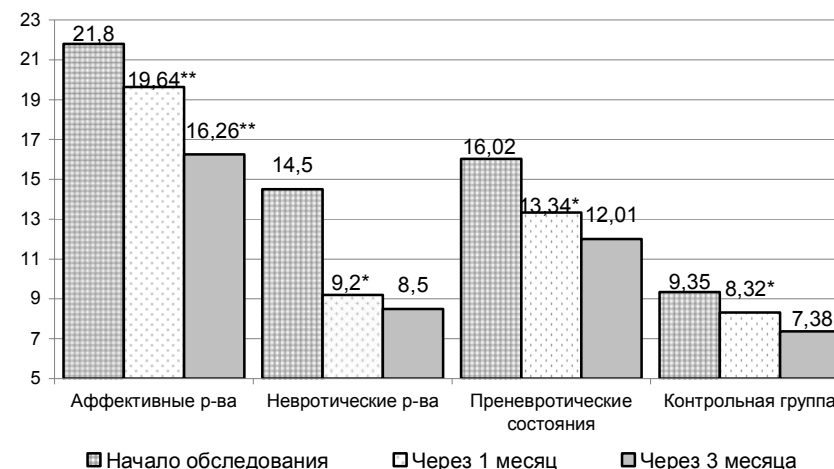
Характеристика	Аффективные р-ва	Невротические р-ва	Основная группа (AP + HP)	Преневротические состояния	Контрольная группа	Показатели нормы
Масса тела, кг	105,12±9,03	108,02±6,54	106,57±8,22	105,88±11,1	105,14±10,1	
ИМТ	38,76±3,12	39,83±2,89	39,3±3,01	38,67±4,03	39,18±3,44	18,5—24,9
Глюкоза крови, ммоль/л	6,23±2,41	8,1±3,4	6,54±2,13	6,97±2,62	6,63±2,51	3,3—5,5
Холестерин, ммоль/л	5,61±1,72	5,85±2,11	5,65±1,84	5,54±2,07	6,21±1,18	3—6
ЛПВП, ммоль/л	1,3±0,68	1,08±0,26	1,26±0,4	1,23±0,4	1,12±0,31	0,7—2,28
Триглицериды, ммоль/л	1,69±0,34	2,53±1,3	1,89±0,65	2,1±0,33	1,92±0,54	1,69—2,24
Коэффициент атерогенности	3,31±1,12	5,75±1,2	4,03±1,15	4,08±1,75	5,46±2,14	2—3,5

**Таблица 3**  
**Характеристика психометрических шкал на начало исследования (n=126)**

Характеристика	Аффективные р-ва	Невротические р-ва	Основная группа (AP + HP)	Промежуточная группа
CES-D	21,8±3,8	14,5±4,2	18,15±4,0	16,02±4,7
Реактивная тревожность	40,75±10,2	49,6±7,2	45,18±8,6	41,8±7,1
Личностная тревожность	49,5±6,1	53,6±11,7	51,55±7,9	42,6±6,2

Обращает на себя внимание тот факт, что высокие показатели личностной тревожности были зафиксированы не только в подгруппе пациентов с тревожными расстройствами, но также были характерны и для большинства пациентов из подгруппы депрессивных расстройств.

Относительно динамики изучаемых аффективных расстройств в исследуемых подгруппах было установлено, что в процессе эффективного снижения веса у пациентов всех подгрупп происходило улучшение настроения. Сравнительные данные шкал представлены на рисунке 1.



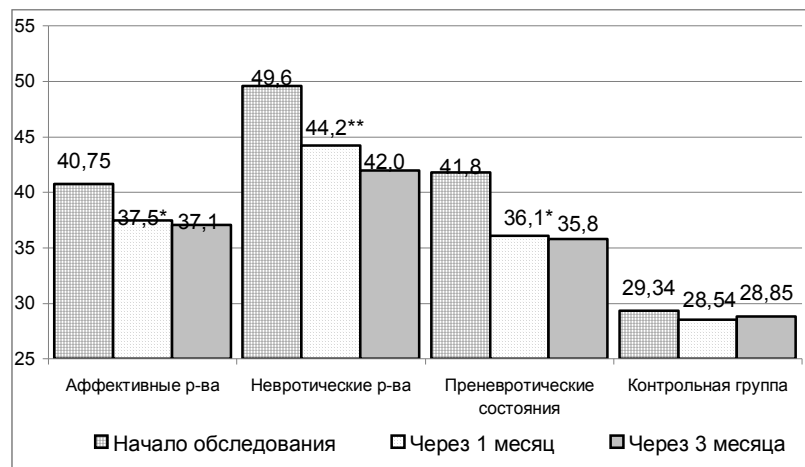
**Рис. 1. Сравнительная характеристика динамики показателей шкалы CES-D в исследуемых группах (\* –  $p<0,05$ , \*\* –  $p<0,01$ )**

Из 41 пациента с различными проявлениями аффективных расстройств через 3 месяца у 27 чел. выявлена редукция депрессивной симптоматики, у остальных 14 чел. наблюдалась менее значительная позитивная динамика и полная ремиссия не была достигнута. Последнее было характерно для пациентов с изначально более тяжелым или длительным течением психического расстройства, начальным средним уровнем глюкозы крови более 8 ммоль/л, наличием в анамнезе серьезных сопутствующих заболеваний (в первую очередь сердечно-сосудистых), возрастом более 55 лет, социальными дезадаптирующими факторами (развод или смерть супруга, недавний выход на пенсию или увольнение), длительными остановками в снижении веса (более 2 недель).

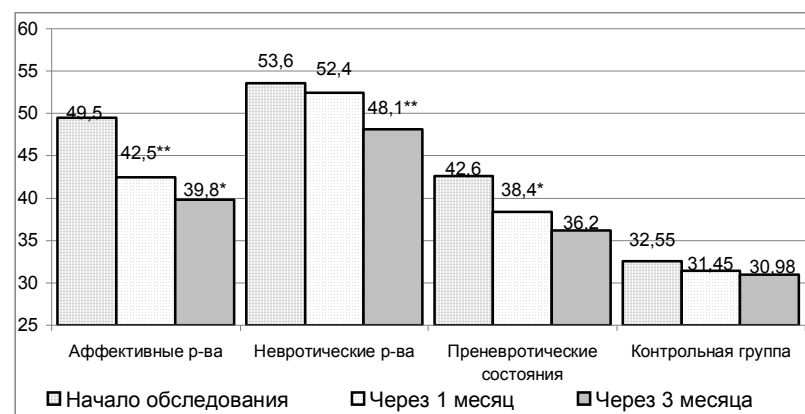
Из депрессивных симптомов лучше поддавались терапии ангедония, апатия, чувство беспомощности и малозначимости, пессимистическое восприятие будущего, сниженная самооценка. Отмечался меньший уровень редукции для таких симптомов, как нарушения сна, чувство вины (как правило, перед членами семьи), суточные колебания настроения. Не было отмечено ни одного случая возникновения депрессивных эпизодов в контрольной группе за период наблюдения.

Таким образом, около 2/3 пациентов с наличием депрессивной симптоматики в процессе психотерапии избыточного веса на

фоне успешного снижения веса и нормализации уровня сахара крови и других биохимических показателей отмечают значительную редукцию депрессивных симптомов с достижением ремиссии в течение 3 месяцев. Также отмечалось снижение уровня тревожности у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами (рис. 2, 3).



**Рис. 2 Сравнительная характеристика динамики реактивной тревожности в исследуемых группах (\* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ )**



**Рис. 3. Сравнительная характеристика динамики личностной тревожности в исследуемых группах (\* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ )**

Уменьшение уровня тревожности (как ситуативной, так и личностной) проявлялось в подгруппах пациентов с психическими расстройствами, в контрольной группе выражаясь лишь в виде статистически недостоверной тенденции и только в первый месяц. Кроме того, баллы личностной тревожности для подгруппы пациентов с тревожными нарушениями хотя и показали статистически значимое снижение ( $p < 0,01$ ) в течение 3 месяцев, но так и не достигали уровня средних величин, оставаясь в пределах высоких значений. Это позволяет говорить о том, что в отношении тревожной симптоматики данная методика оказывается менее эффективной, чем в отношении терапии депрессивных расстройств у пациентов с СД II типа.

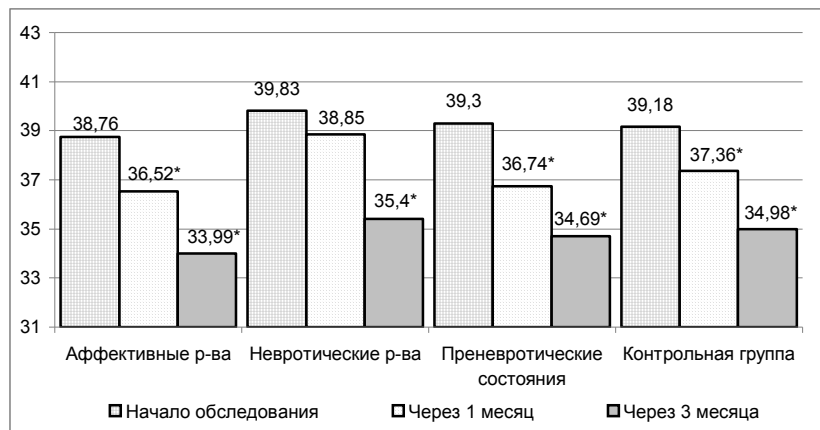
Также обращает на себя внимание тот факт, что в подгруппе пациентов с депрессивными нарушениями начальные показатели тревожности не только оказались ниже, чем в подгруппе пациентов с тревожными нарушениями, но и редуцировались существенно быстрее, чем в подгруппе с собственно тревожными расстройствами. Эта особенность была более выражена для характеристики личностной тревожности. Вероятно, это связано с тем, что при повторном контакте с психотерапевтом ситуативная тревога снижается быстрее, чем при первом контакте и начале психотерапии, за счет сложившихся межличностных отношений с психотерапевтом и другими участниками группы. В то же время личностная тревожность характеризует скорее длительное перманентное психологическое состояние, причем ее высокие значения медленнее редуцируются по мере снижения веса и улучшения состояния здоровья. Кроме того, более низкая эффективность данного вида психотерапии относительно тревожной симптоматики частично может быть объяснена недостаточным количеством психотерапевтических техник, направленных собственно на редукцию тревоги, в структуре тренинга пищевого поведения.

В дальнейшем были проанализированы динамика и характер снижения веса во всех исследуемых подгруппах. Снижение веса являлось следствием модификации пищевого поведения, которое, в свою очередь, было результатом научения пациентов новым стереотипам питания, новым когнитивным моделям реагирования и интерпретации происходящих событий. В результате отмечено снижение веса в исследуемых группах (рис. 4).

Полученные данные показали, что темпы и успешность снижение веса для пациентов с депрессивными расстройствами



существенно не отличается от таковых у психически здоровых лиц. У пациентов с невротическими расстройствами в первый месяц отмечается более медленное снижение веса, что совпадает с более низкой редукцией тревожной симптоматики в этот период. С 1-го по 3-й месяцы темпы снижения веса в подгруппе пациентов с тревожными расстройствами стабилизируются, а к концу исследования существенно не отличаются от остальных исследуемых подгрупп.

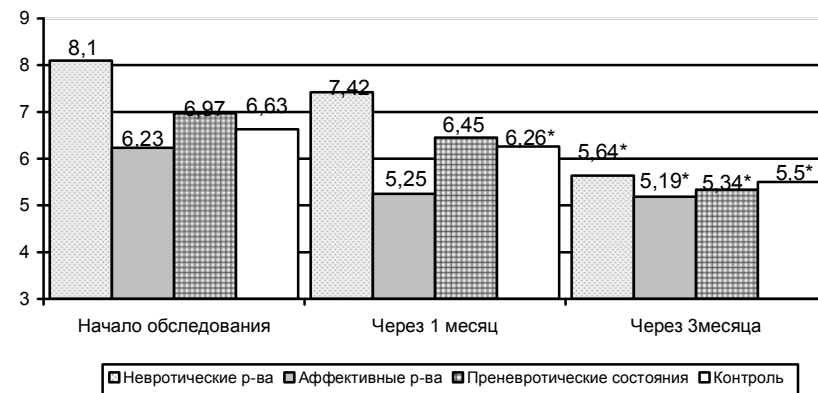


**Рис. 4. Сравнительная характеристика динамики ИМТ в исследуемых группах (\* –  $p < 0,01$ )**

Можно предположить, что совпадение замедленного снижения веса и низкой редукции тревожной симптоматики не являлось случайностью. Вероятно, переживание для невротических пациентов обладает некоторым транквилизирующим эффектом и становится бессознательным психологическим механизмом, позволяющим справляться с тревогой. Таким образом, соблюдение назначенного специалистом коридора калорийности и отказ от перекармливания на первом этапе снижения веса не только не могут быть полными (что объясняет менее высокие темпы снижения веса), но и сопровождаются снижением эффективности работы когнитивных и поведенческих механизмов, направленных на снижение тревоги. В течение последующих месяцев происходит восстановление эффективности психологических противотревожных защит и поведенческих стратегий, в первую очередь за счет обучения новым стратегиям. Данное предположение является гипотезой и нуждается в дальнейших исследованиях.

Тяжесть течения СД II типа исследовалась путём определения уровня гликемии натощак, что в совокупности с другими определяемыми биохимическими показателями (холестерин, триглицериды, ЛПВП, индекс атерогенности) позволило понять общий механизм биохимических изменений при снижении веса у данного контингента больных.

В обеих подгруппах наблюдалась нормализация показателей крови (рис. 5): в исследуемой группе эти изменения касались преимущественно динамики непосредственно данных сахара крови, благодаря чему средние показатели сахара крови убавились ниже верхней границы нормальных показателей. В контрольной группе, кроме аналогичного снижения сахара крови, также наблюдалось достоверное улучшение липидного спектра крови, что вкупе со снижением массы тела позволяет говорить не только о ремиссии сахарного диабета II типа, но и о редукции метаболического синдрома.



**Рис. 5. Сравнительная характеристика динамики показателей гликемии в исследуемых группах (\* –  $p < 0,01$ )**

Мы предполагаем, что эти данные можно объяснить 2 причинами: 1) изменение пищевого поведения пациентов, когда они в рамках рекомендуемого для снижения веса диапазона употребляемой калорийности вынуждены уменьшать количество сладкой и жирной пищи, т. е., по сути, более жестко придерживаться рекомендуемой эндокринологом диеты; 2) снижение веса уменьшает уровень толерантности к глюкозе, что также вызывает снижение уровня сахара крови. При этом полученные данные

указывают, что в среднем в подгруппе пациентов с наличием депрессивных и тревожных расстройств снижение сахара крови происходило даже несколько быстрее, чем у пациентов без психических расстройств. Возможно, это связано с предполагаемой нормализацией уровня кортизола и/или адреналина / норадреналина, которые могут повышаться по мере развития депрессивного эпизода и, являясь контринсулярными гормонами, также повышать уровень сахара крови. По мере нормализации психологического состояния уровень данных гормонов может приходить в норму, соответственно снижая контринсулярный эффект и влияя на уровень сахара крови. Данная гипотеза нуждается в дальнейших подтверждениях.

Для объяснения полученных психотерапевтических эффектов, направленных на улучшение психологического состояния, разработана схема на основе когнитивно-поведенческой модели А. Эллиса (1979):

$$A - B - C_E - C_B, \quad \text{где}$$

**A** – активирующее событие (*activating event*), **B** – внутренняя переработка информации (*internal behavior* – *внутреннее поведение, интерпретация*), **C<sub>E</sub>** – эмоциональные последствия когнитивной переработки информации (*consequences emotional*), **C<sub>B</sub>** – поведенческие последствия когнитивной переработки информации (*consequences behavioral*).

Таким образом, нарушения эмоциональной сферы и нарушения поведения в данной модели являются следствием нарушения переработки информации на когнитивном уровне (Эллис А., 1979).

Ситуация наличия избыточного веса и сахарного диабета в данном случае может рассматриваться как **A**, т. е. начальное активирующее событие. Используемая в данном случае мультимодальная ПТ была направлена на 3 уровня функционирования: когнитивный (за счет выделения дисфункциональных когнитивных схем и конфронтации с ними), эмоциональный (путем использования техник недирективного гипноза, свободного связанного дыхания по типу холотропного и др.) и поведенческого (за счет прямых директивных указаний, домашних заданий). Все это позволяло на первом этапе изменить пищевое поведение на иной стиль, необходимый для снижения веса. В результате изменения пищевого поведения начинал снижаться вес, что являлось начальной целью участников данной психотерапевтической программы. В данной схеме это может быть отражено как изменение **A**, т. е. начального активирующего события.

В результате схема приобретает следующий законченный вид (рис. 6):

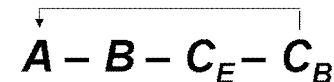


Рис. 6. Модель модификации поведения

Это означает, что полученная обратная связь (изображена на рисунке 6 в виде стрелки) представляет собой внутреннее подкрепление (или самоподкрепление) для нового стиля поведения. Данное самоподкрепление позволяет желаемому типу поведения поддерживаться достаточно долго, в результате чего продолжается активное снижение веса и, соответственно, снижение тяжести СД II типа. Эти факторы, в свою очередь, интерпретируются пациентами как конструкты собственной компетентности в решении сложной задачи, они чувствуют себя успешными на фоне предыдущих неудач в снижении веса и контроле сахара крови. В дальнейшем опыт успешного решения стоящих перед ними сложных задач переносится пациентами на другие ситуации в жизни, что позволяет расширить диапазон терапевтической эффективности. Все эти особенности и производят антидепрессивный и противотревожный эффекты, дополняя воздействие собственно когнитивной терапии.

В результате психотерапии пациенты отмечали улучшение настроения, повышение уверенности в себе, снижение тревоги, улучшение сна, повышение активности и трудоспособности.

Исходя из описанной поведенческой модели (рис. 6) и личного психотерапевтического опыта, можно предположить, что окончание снижения веса также может происходить по-разному. Оптимальным вариантом можно считать тот случай, когда вес пациентов в конечном итоге достигает тех значений, к которым они стремились. Следовательно, начальная мотивирующая ситуация (**A**) при когнитивной оценке (**B**) представляется пациенту оптимальной, что вызывает эмоциональную реакцию (**C<sub>E</sub>**) благополучия и удовлетворения, что в свою очередь вызывает такое изменение пищевого поведения (**C<sub>B</sub>**), когда человек с помощью предложенного заранее поведенческого способа фиксации веса выходит из рекомендуемого для снижения веса коридора калорийности (рис. 7).

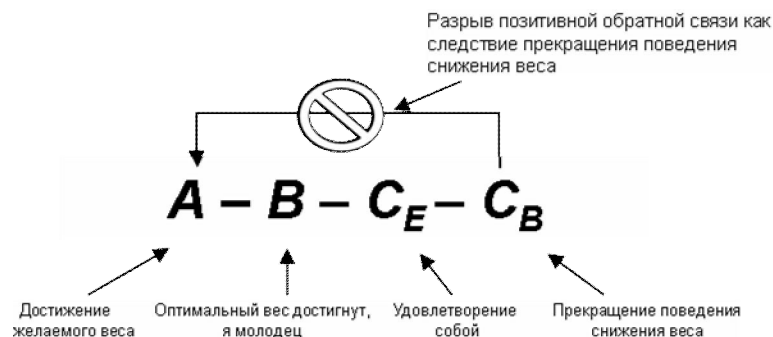


Рис. 7. Оптимальный вариант окончания программы снижения веса

Таким образом, происходит разрыв когнитивно-поведенческой схемы в результате достижения желаемого результата, что сопровождается эмоциями удовлетворения собой и благополучия. Соответственно, именно этот вариант окончания программы снижения веса должен быть оптимальным и с точки зрения динамики расстройств аффективного и невротического спектра, снижая риск рецидива данной симптоматики в будущем.

Однако можно предположить, что оптимальное окончание данной психотерапии происходит не всегда. Возможны варианты, когда обратная связь прерывается непосредственно (в результате временной физиологической остановки в снижении веса) или из-за первичного нарушения поведения  $C_B$  (например, в связи со стрессовой ситуацией, заболеванием и др.). В этом случае возможна ситуация снижения настроения, повышения уровня тревоги, раздражения, беспомощности, а в конечном итоге – нарушение стабильности желаемого поведения и рецидив симптоматики. Для предотвращения подобных негативных последствий психотерапевтическая программа была расширена за счет дополнительных контактов с психотерапевтами через 6 и 12 месяцев, что позволило дополнительно стабилизировать результаты работы.

Учитывая полученные и имевшиеся исходно данные об эффективности терапии исследуемых расстройств и заболеваний, представляется возможным выделить 3 предполагаемых уровня эффективности и безопасности описываемого подхода в отношении пациентов с СД II типа. Такое деление позволяет не только прогнозировать эффективность лечения, но и планировать дополнительные шаги в терапии данной группы пациентов.

Выделенные прогностические критерии представлены в таблице 4.

Таблица 4  
Прогностические критерии эффективности психотерапии избыточного веса у пациентов с СД II типа

	Группа пациентов		
	«Неблагоприятная»	«Благоприятная»	«Сомнительная»
Психиатрические критерии	Депрессивный эпизод тяжелой степени	Депрессивный эпизод легкой степени или отсутствие аффективных/тревожных расстройств	Депрессивный эпизод средней степени, тревожные расстройства, затяжной или рекуррентный характер расстройства
	Психотический уровень нарушений	Невротический уровень нарушений без соматических симптомов	Невротический уровень нарушений с соматическими симптомами
	Выраженные суицидальные мысли	Отсутствие суицидальных мыслей, других психических расстройств	Сопутствующие непсихотические психические расстройства (расстройства личности, алкоголизм и др.)
Соматические критерии	Необходимость назначения инсулина	Отсутствие необходимости назначения сахароснижающей терапии или инсулина	Необходимость назначения пероральных сахароснижающих средств
	Тяжелое течение СД II, глюкоза крови $> 14$ ммоль/л	Легкое течение СД II типа, глюкоза менее 8 ммоль/л	Среднее течение СД II типа, глюкоза 8—13,9 ммоль/л
	Угроза развития комы, декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний	Отсутствие длительных остановок в снижении веса	Длительные (более 2—3 недель) остановки в снижении веса
Комплекс Мероприятий	Необходимость госпитализации в профильный психиатрический или эндокринологический стационар, невозможность психотерапевтической работы в данный момент	Возможность психотерапевтической работы, предположительно высокая ее эффективность как в отношении снижения веса, так и в плане редукции психиатрических и эндокринологических заболеваний	Возможность психотерапевтической работы, совместное ведение пациента психотерапевтом и психиатром/эндокринологом, подбор антидепрессантов и транквилизаторов. Дополнительная индивидуальная ПТ депрессии/тревоги

В первую группу вошли пациенты, имеющие какие-либо абсолютные противопоказания к прохождению психотерапии избыточного веса. Эта группа больных была обозначена как «неблагоприятная», т. е. проведение психотерапии избыточного веса у этой категории больных в данный момент не только неэффективно, но и невозможно. Вторую группу составили пациенты, у которых после соответствующей диагностики можно предположить высокий уровень эффективности психотерапии избыточ-

ного веса не только в отношении собственно снижения веса, но и в плане нормализации биохимических показателей крови и сопутствующей психиатрической симптоматики. Эта группа больных обозначена как «благоприятная», т. е. имеющая позитивный прогноз. Третья группа пациентов, названная «сомнительной», не имеет абсолютных противопоказаний к психотерапевтической коррекции избыточного веса в данный момент, но по тем или иным причинам эффективность такой работы может быть снижена или требуется обязательное сопровождение другими специалистами, в первую очередь эндокринологом. Критерии были разделены на психиатрические и соматические. Всего выделено по 3 таким критерия в каждой группе. При прогнозировании исхода критерии в обеих группах имеют равновеликое значение. При этом наличие хотя бы 1 критерия из более тяжелого уровня автоматически относит прогноз на данный уровень. При работе с пациентами «сомнительной» группы необходимо прилагать усилия для изменения характеристик, поддающихся коррекции, для их перевода в «благоприятную» группу. То же самое касается пациентов «неблагоприятной» группы.

Таким образом, использование мультимодального психотерапевтического подхода в группе пациентов с СД II типа и ожирением позволяет не только снижать вес и уровень гликемии, но и существенно улучшать состояние психического здоровья за счет повышения настроения, уменьшения тяжести депрессивной и невротической симптоматики в коротком промежутке времени (3 месяца).

## ВЫВОДЫ

1. В исследуемой группе пациентов с сахарным диабетом второго типа и ожирением (126 – 100 %) наблюдается высокий уровень расстройств аффективного (32,54 %) и невротического (12,7 %) спектра, а также преневротических состояний (34,92 %).

2. В клинической структуре аффективных расстройств (126 – 100 %) в исследуемой группе преобладают легкие депрессивные расстройства: депрессивный эпизод легкой степени (F32.0) – 10,31 %, рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени (F33.0) – 7,94 %. В структуре невротических расстройств (126 – 100 %) преобладают эпизодическая пароксизмальная тревожность (F41.0) – 3,18 %, агорафобия (F40.0)

– 2,38 %, смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 2,38 %. В структуре преневротических состояний доминируют астенический (14,29 %) и соматовегетативный (13,49 %) варианты.

3. В психологической характеристике пациентов с сахарным диабетом второго типа и ожирением преобладают такие черты, как перфекционизм, алекситимия и гиперконтроль в ответ на возникающее чувство тревоги.

4. Участие пациентов в программе комплексной мультимодальной психотерапии в течение 3 месяцев позволяет достичь:

4.1. Уменьшения выраженности симптомов депрессии в виде снижения среднего балла шкалы CES-D с 21,8 до 16,26 в подгруппе пациентов с аффективными расстройствами ( $p < 0,01$ ); уменьшения симптомов тревожности в виде снижения среднего балла по шкале Спилберга–Ханина реактивной тревожности с 49,6 до 42,0 ( $p < 0,01$ ) и личностной тревожности с 53,6 до 48,1 ( $p < 0,01$ ) в подгруппе пациентов с невротическими расстройствами.

4.2. Улучшения показателей гликемии натощак в целом по группе с  $6,54 \pm 2,13$  до  $5,39 \pm 2,53$  ( $p < 0,05$ ), которое было менее выражено в подгруппе пациентов с невротическими расстройствами.

4.3. Снижения веса и уменьшения выраженности ожирения (ИМТ в целом снизился с 39,3 до 34,69,  $p < 0,01$ ), которое было менее выраженным в подгруппе пациентов с невротическими расстройствами.

5. Психотерапевтическая эффективность, лежащая в основе улучшения психического состояния пациентов, связана с результативной модификацией функционирования когнитивной, эмоциональной сфер и поведения на фоне снижения гликемии и массы тела и укладывается в рамки когнитивно-поведенческой модели А. Эллиса (А-В-С<sub>Е</sub>-С<sub>В</sub>).

6. Предложенные прогностические критерии позволяют повысить эффективность проведенных мероприятий. Катамнез более 1 года показал высокий уровень стабильности полученных результатов (76,4 % стабильных результатов – для пациентов с аффективными и невротическими расстройствами, 68,4 % – для пациентов с преневротическими состояниями).

### Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. **Тютев Р. А.** Когнитивно-поведенческий подход в работе с «жадными до еды» клиентами // Сборник статей и тезисов к докладам 4-й международной конференции ММПА «Доктор Борменталь». – Сочи, 2007. – С. 70—73.
2. **Тютев Р. А.**, Пасюков М. С. Опыт проведения групп экспресс-поддержки в Томске // Сборник статей и тезисов к докладам 4-й международной конференции ММПА «Доктор Борменталь». – Сочи, 2007. – С. 74—79.
3. **Тютев Р. А.** Группа снижения веса с точки зрения поведенческой терапии // Научные достижения в практику: сб. материалов VI научно-практ. конф. ММПО «Доктор Борменталь». – Екатеринбург, 2008. – С. 32—35.
4. Балашов П. П., **Тютев Р. А.**, Музыра А. Ю. Влияние психотерапии избыточной массы тела на показатели депрессии и тревожности у пациентов с избыточной массой тела и ожирением // Бюллетень сибирской медицины. – 2010. – № 3. – С. 32—35.
5. **Тютев Р. А.**, Балашов П. П. Влияние психотерапии избыточного веса на выраженность симптомов депрессии и тревожности у пациентов с СД II типа // XV съезд психиатров России (материалы съезда, 9—12 ноября 2010). – М., 2010. – С. 330.
6. Балашов П. П., **Тютев Р. А.** Влияние психотерапии избыточного веса на тяжесть симптомов депрессии у пациентов с сахарным диабетом II типа // Совр. пробл. психических и соматических расстройств: грани соприкосновения (материалы II регион. конф. молодых ученых и специалистов) / под ред. В. Я. Семке. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 14—16.
7. **Тютев Р. А.** Избыточные вес и депрессия. Грани соприкосновения // Журнал для пациентов «Доктор Борменталь». – 2010. – № 1. – С. 10.
8. **Тютев Р. А.** Трудности с едой: просто о сложном // Журнал для пациентов «Доктор Борменталь». – 2010. – № 2. – С. 12.
9. Балашов П. П., **Тютев Р. А.** Сахарный диабет типа 2 и депрессия: патогенетические механизмы взаимосвязи // Бюллетень сибирской медицины. – 2011. – № 1. – С. 101—105.
10. Балашов П. П., **Тютев Р. А.** Влияние психотерапии избыточного веса на выраженность симптомов тревожности и депрессии у пациентов с сахарным диабетом II типа // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1. – С. 54—56.
11. **Тютев Р. А.**, Балашов П. П., Бобровский А. В. Когнитивно-поведенческая модель модификации пищевого поведения в психотерапии избыточного веса // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 103—105.
12. **Tutev R. A.**, Balashov P. P., Bobrovskiy A. V. The influence of psychotherapeutic weight loss treatment on symptoms of depression and anxiety in patients with type-2 diabetes // Abstracts of the 18<sup>th</sup> European Congress on Obesity (ECO2011) 25—28 may 2011 Istanbul Turkey / ed. by Arne Astrup. – Istanbul, 2011. – P. 268.